

# 从毕生发展的视角看健康的贫富差距\*

尤 瑾<sup>1</sup> 安 蕾<sup>2</sup> 沈海坤<sup>1</sup> 朱 颖<sup>1</sup> 李彩娜<sup>3</sup>

(<sup>1</sup> 武汉大学心理学系, 武汉 430072) (<sup>2</sup> 河南师范大学教育学院, 新乡 453002)

(<sup>3</sup> 陕西师范大学心理学院, 西安 710062)

**摘 要** 健康的贫富差距是所有个体从出生到死亡都需要面对的现实,也是全球所有国家都存在的社会问题。目前已经有相当的理论和实证研究尝试从毕生发展的视角理解健康的贫富差距。在毕生发展研究中,健康的贫富差距有其独特的概念和测量方式。该领域重要的理论包括累积优(劣)势假设、累积不公平模型和社会阶层文化周期模型。研究者就儿童期、青少年期、成年期和老年期的健康贫富差距开展了大量的实证研究。未来毕生发展研究和实践的可能方向包括早年 and 当前社会经济地位的交互作用、社会经济地位的稳定特征和情境效应、跨领域实践干预等。毕生发展视角的健康贫富差距研究有助于理解健康贫富差距的发展根源和形成过程,是促进国民健康和开展健康公平实践工作的理论基础。

**关键词** 健康的贫富差距; 社会经济地位; 健康; 毕生发展观

**分类号** B849:C91; B844

社会不公平,尤其是由权力、地位、物质资源等社会经济因素带来的不公平,一直是人类社会的常态;即使在当今社会,这仍是世界各国普遍存在的社会问题(Adler, 2009)。重要的是,社会不公平还渗透在所有人的生活乃至“身体”里,影响着每个人的健康和幸福,造成了国家内部和国家之间的健康不公平(Dow & Rehkopf, 2010)。自上个世纪末,健康不公平,尤其是健康的贫富差距(socioeconomic disparities in health)开始受到研究者和实践者的广泛关注,成为了世界卫生组织和各国政府的工作要点(World Health Organization, 2008; Sepúlveda & Murray, 2014)。早期文献尝试从社会制度、个人特征、社会文化等静态视角阐释健康的贫富差距(Chen & Miller, 2013; Matthews & Gallo, 2011; Stephens, Markus, & Fryberg, 2012)。近年来,研究者开始从毕生发展的动态视角描述社会不公平在人生周期各阶段的表现,揭示了贫富差距对健康的短期、长期乃至跨辈影响

(Adler & Stewart, 2010; Stephens, Markus, & Phillips, 2014)。这不仅可以帮助研究者理解健康贫富差距的根源和形成过程,更对整体提升人类健康意义重大(House, Lantz, & Herd, 2005)。本文将主要从毕生发展的角度回顾健康贫富差距的理论观点、实证研究证据和未来走向,揭示健康贫富差距在整个人生周期的发展过程和产生原因。

## 1 健康的贫富差距: 概念与测量

从定义上说,健康不公平是指由社会因素导致的健康结果系统、持久的不公平现象(Braveman, 2006)。文献表明,种族、性别、年龄、社会经济地位等人口统计学变量都可以导致不同群体在各种健康结果上的显著差异(World Health Organization, 2008)。其中,最普遍的健康不公平现象之一是健康的贫富差距,即由权力、声望、社会经济地位造成的健康结果的差异(Adler, 2009)。在健康研究中,健康的贫富差距通常被操作定义为社会经济地位和健康指标的关系。因此,本文将以健康研究为背景,首先分析社会经济地位和健康指标的定义和实证测量,然后从毕生发展的视角总结各种社会经济地位指标的独特心理意义及其在人生不同阶段的健康效应。

收稿日期: 2017-06-20

\* 国家自然科学基金青年项目(31500908)和教育部人文社会科学研究青年基金项目(14YJC190023)资助。

通信作者: 李彩娜, E-mail: chinali@snnu.edu.cn

1.1 社会经济地位

社会经济地位(socioeconomic status)是衡量个体在社会等级系统中大概位置的综合指标,通常由教育程度、收入、财富、职业声望、受雇佣状况等客观的指标测量(Matthews & Gallo, 2011)。心理学研究者还提出了主观社会阶层、主观社会地位和主观社会经济地位等概念,描述个体感知到的自己在社会等级(如所在国家或者社区)中的相对位置 (Kraus & Keltner, 2009)。

如图 1 所示,客观社会经济地位(如教育程度、家庭、财富收入、职业声望)是客观指标,决定着不同社会经济地位的抽象特征(如偏好、语言使用、行事风格),进而影响个体对主观社会经济地位(社会阶层)的知觉和评价(Kraus & Keltner, 2009)。基于上述社会经济地位指标之间的关系,研究者经常会将之互换使用或者通过统计技术(如求均值、标准化后相加、取最高值)将之合成为整体社会经济地位指标。

越来越多的健康研究者认为,上述社会经济地位指标是彼此相关但不同的指标,代表着不同的物质和心理资源,对各种健康指标有相对独立的影响。其中,教育程度可以为个体提供必要的知识(如健康常识)、能力(如疾病管理能力)和应对技巧(如压力应对技巧),影响个体接触各种物质/心理资源的机会和应对困境的能力,进而对健康结果产生影响(Ross & Mirowsky, 2010)。收入、财富、职业等则直接反映了个体拥有的物质资源,可以直接用来支付高水平的健康服务(如医疗保险、医院),保持更好的生活条件(如更健康的食物、更舒适的居住环境、更便捷的交通),为健康提供物质保障(House et al., 2005)。主观社会阶层则包括代代相传的社会实践和价值体系,会导致完全不同的认知、情感和行为模式,帮助个体更好地适应现实环境(Grossman & Huynh, 2013; Kraus & Keltner, 2009)。

1.2 健康

在健康差距研究中,健康的测量最早多为传统的生物医学健康指标,包括所有原因导致的死亡率、特殊死亡率(如癌症、糖尿病、呼吸系统疾病、婴儿期死亡)、心血管疾病(如冠心病、中风、心肌梗死、缺血性心脏病、颈动脉粥样硬化、高血压)和新陈代谢疾病(如胰岛素抵抗、肥胖、二型糖尿病)的患病率、精神疾病(如抑郁症、精神分裂症)的患病率、其他疾病或生理症状(如肾病、关节炎、感冒、发烧、疼痛、疲倦)、健康风险行为(如酒精和药物滥用、吸烟、缺乏运动)、生理学指标(如心血管指标、免疫系统指标、体重、BMI) (Braveman & Barclay, 2009)。随着世界卫生组织“大健康”概念的提出,研究者开始关注健康的心理社会层面,如生活质量、幸福感、社会适应、自评健康等。其中最简单的健康测量是自评健康,通常由简单的题目(如“总的来说,您认为您的健康状况如何?”)测得,在大样本调查中使用。其他常用的心理社会健康指标则包括生活质量、焦虑、躯体化症状、积极和消极情绪、幸福感、功能状况等心理社会指标,可通过自我报告法获得 (Gallo & Matthews, 2003)。

虽然健康贫富差距的操作定义相对简单,但从毕生发展的角度看,二者的关系是动态的、复杂的。这就是说,在人生历程的不同阶段,不同社会经济地位指标对健康的重要性却并不相同,而且存在复杂的双向反馈关系。如图 2 所示,从出生到儿童期,父母的社会经济地位是个体健康的核心决定因素。在青少年期/青年期,受教育程度作为个体社会经济地位的核心指标,由儿童期的父母社会经济地位和健康共同决定;健康状况则同时受到儿童期的健康状况和青少年期/青年期的社会经济地位(受教育程度)的共同影响。到了成年期,社会经济地位则集中体现在个体的工作和事业上,由青少年期/青年期的受教育程度和健康

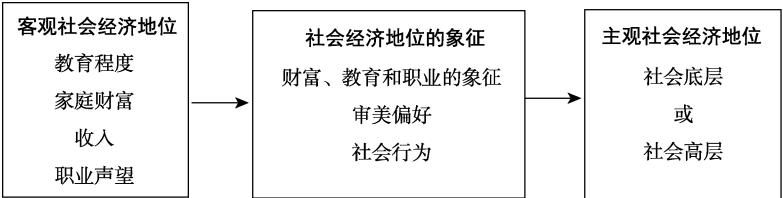


图 1 客观社会经济地位与主观社会经济地位的关系(修改自 Kraus & Keltner, 2009)

chinaXiv:202303.09189v1

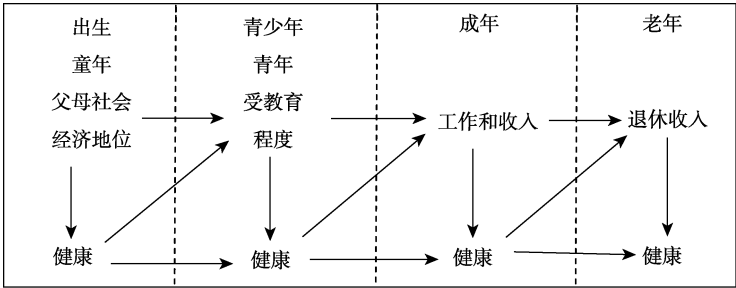


图 2 社会经济地位和健康的动态关系(修改自 Adler & Stewart, 2010)

共同决定；健康则由青少年期/青年期的健康和成年期的工作和收入等社会经济地位指标共同决定。在老年期，社会经济地位指标主要体现为退休收入，由成年期的工作和收入及健康共同决定；健康则会受到老年期退休收入和成年期健康状况的共同影响(Adler & Stewart, 2010)。

其他研究者指出，不同的社会经济地位对各种健康指标也有完全不同的效应。教育程度多形成于生命历程的早期，更能影响健康问题的发生(从无到有的过程)；收入则更能预测健康问题的心理适应、恶化和死亡情况；主观社会经济地位则可以在客观社会经济地位的效应之外对各种健康指标产生额外的影响，在某些健康指标(如心理健康指标上)上效应远大于客观社会经济地位(House et al., 2005; Kraus & Keltner, 2009)。

## 2 生命全程中的健康贫富差距：基本观点和重要理论

作为毕生发展研究的重要主题之一，毕生发展角度的健康贫富差距研究也有两大视角：毕生发展观(life-span developmental perspective)和生命历程观(life course perspective)。上述两个视角都尝试从发生和发展的角度揭示健康不公平现象背后的基本原则，但二者在关注点和基本立场上存在明显差异。毕生发展观强调年龄(如人生阶段)和关键期在健康不公平现象中的作用；生命历程观则强调角色的轨迹、转变和延续对健康不公平的效应(Alwin & Wray, 2005)。具体地说，毕生发展观有四个基本假设：1)在人生的任何阶段，社会经济地位都会影响健康；2)在不同的人生阶段，社会经济地位对健康影响的程度和重要性是不同的；3)在整个人生周期，事件的结构、发生顺序和动态系统都会影响健康；4)考虑到跨辈效应的存在，社

会经济地位对健康的关系有明显的时代和朋辈效应(Alwin & Wray, 2005)。生命历程观则包括以下核心假设：1)人生特定时期的社会经济地位会对健康有独特的、不可逆转的影响；2)人生周期中不同的社会经济风险会对健康的影响会以相加或更复杂的形式累积；3)社会经济劣势对健康的影响可以通过各种间接的路径(如生活风格、机会限制)实现。以上述两大视角为基础，研究者进一步提出了累积优(劣)势模型、累积不公平模型和文化周期模型来阐释健康贫富差距的形成过程。

### 2.1 累积优(劣)势假设

累积优/劣势假设的核心观点是早年社会经济地位不仅会导致个体在资源上的优/劣势，直接影响早年的健康状况；更在整个人生历程中更会以相加或者整合的方式累积，导致个体毕生健康结果及发展轨迹的系统差异(Willson, Shuey, & Elder, 2007)。总的来看，累积优/劣势假设强调资源在整个人生历程的分配公平问题；后继研究者进一步细化了资源的定义，阐释了各类资源分配不公平的累积效应。社会学研究者提出了社会再生产理论和分配理论，从社会制度和社会结构的角度对累积优/劣势进行了分析；心理学研究者则提出了心理放大理论和人力资本理论，从个人能力和心理品质的角度阐释了优(劣)势的累积。

其中，社会再生产理论指出，儿童期的优势和劣势会通过教育和就业系统等社会制度为个体提供不均等的教育和社会化机会，造成健康风险和医疗资源等个人资源的累积，最终造成健康结果及其发展轨迹的系统差异(Bourdieu, 1990)。分配理论则认为，个体的优势或者劣势通过个体组织过程(如升职过程中不公平的竞争上岗)和劳动力市场分割(如资源和机会的国家分配)等不公平的结构性因素也会导致各种结果(包括健康结



果)出现持久的不均衡(Reskin, 2003)。根据心理放大理论,早期的经验影响着个体理解世界、发展技能和争取机会的能力,最终决定其他人生阶段的健康结果(Eiser, 1996)。人力资本理论则认为,早期教育投资会导致个体形成不同的文化价值观、工作技巧和个人品质等心理品质,最终会导致健康结果的差异(Becker, 1996)。

累积优(劣)势假设是早期的主流理论,引发了大量的实证研究,但它有自身的局限性。首先,累积优(劣)势假设完全没有考虑日常生活背景(如家庭、工作背景、社交网络)对资源的影响。其次,累积优(劣)势假设忽略了社会文化的作用。不同的国家和时代有完全不同的政治、经济、人口特点(如老龄化程度),累积优(劣)势假设在不同时代和文化是否稳定存在值得探讨。最后,累积优(劣)势假设忽略了个体的主观能动性(如韧性、应对策略、人格)的调节作用。

## 2.2 累积不公平模型

以累积优/劣势假设为基础,研究者进一步整合生命历程观和压力理论,提出了累积不公平模型。累积不公平模型认为健康不公平不仅仅是个体优(劣)势的积累,个体的能动性也是决定因素,资源和个人素质交互作用决定着个体的健康发展轨迹。累积不公平模型(Ferraro & Shippee, 2009)就健康的贫富差距提出了5个核心观点。

第一,健康不公平的根源在于社会系统,通过社会化过程和发展历程体现。健康不公平是社会结构的产物。第二,劣势会导致风险(如债务)的增加,优势会导致机会(如投资)的增加。任何社会经济地位的个体都同时有其独特的优势和劣势,会导致机会(如投资)和风险(如债务)的增加,最终决定健康的发展轨迹。第三,健康的毕生发展轨迹是不断累积的风险、可用资源和个人能动性共同作用的结果。个体的资源和能力会导致个体对风险或者机会做出个性化的回应,最终导致优(劣)势造成独特的健康效应。第四,个体对社会经济地位的主观知觉和评价会驱使个体更加主动地选择、优化和补偿自己的处境,最大程度上保证个体的发展结果(如健康结果)。第五,累积的不公平会导致低社会经济地位个体过早死亡,而且会导致特定年龄群体(如中老年期)人口结构的变化(Alwin & Wray, 2005; House et al., 2005)。

如上所述,累积不公平模型和累积优/劣势假

设都承认个人资源在健康不公平中的重要作用;但与累积优/劣势理论不同,累积不公平理论强调个人主观能动性在健康贫富差距中的作用,并深入阐释了机遇和风险在累积资源和健康贫富差距中的作用。总之,累积不公平理论和累积优/劣势假设可谓一脉相承,累积不公平模型就健康不公平的产生提出了更具体的假设,对未来研究更有启发意义。

## 2.3 文化周期模型

社会阶层文化循环模型(Stephens et al., 2014)的主要观点是,家庭、学校和工作场所是社会流动和社会不公平的三道闸门,会通过社会化和制度化两个过程,阻碍低社会经济地位个体获得向上流动的机会,也会导致他们在各种发展结果(包括健康结果)上处于劣势地位。

首先,家庭中的沟通、讲故事、玩耍等日常实践是社会不公平(包括健康不公平)的开始。在中产阶级家庭,父母会鼓励孩子探索兴趣并发展偏好,孩子会认为世界是稳定安全的、可预测的、可以满足个人需要的,因此会更自由地表现自己(Lareau & Calarco, 2012)。相反,在低社会经济地位家庭,父母会要求孩子接受现实、顺应环境,孩子则认为世界是危险的、不可预测的,因此更需要自我保护,表现得更坚强、更有韧性(Lareau, 2011)。低社会阶层不良的家庭环境和父母教养实践是他们处于健康劣势的重要原因(Evans, 2004)。

其次,中产阶级和低社会经济地位学校有不同的教育目标、师生关系和家校关系,会加剧社会不公平(包括健康不公平)。中产阶级学校的目的在于帮助学生实现潜能,获得专业或者管理层工作;教师会鼓励学生表达需要;家长会挑战学校的规则,参与孩子的学校教育(Stephens et al., 2014)。低社会经济地位学校的目标则是培养学生获得低收入的蓝领工作;教师会要求学生表现出对权威和规则的尊重;家长也认为教师对孩子的教育负主要责任(MacLeod, 2009)。因此,低社会经济地位个体在学校里整体发展机会有限,即使进入了中产阶级的学校也处于劣势地位(Lareau & Calarco, 2012)。低社会经济地位个体不佳的学校环境和教育质量也与健康劣势关系密切(Evans, 2004; Stephens et al., 2012)。

最后,工作场合也会通过雇佣过程和工作场合中的互动最终决定社会不公平。多数公司企业

文化强调自我表达和独立性,会看重求职者的兴趣爱好,但低社会阶层的求职者则更强调坚持和社会回应性,缺乏兴趣爱好的探索,更容易求职失败,入职后也更难适应企业文化(Rivera, 2012)。因此,低社会经济地位个体更可能不得不从事工作环境恶劣、缺乏控制、要求严苛、身体负荷繁重的工作,即使谋得了更高的职位,也面临更多企业文化适应的压力,这都会造成他们的健康劣势(Clougherty, Souza, & Cullen, 2010)。

文化周期模型强调了文化规范及其社会化和制度化对社会不公平的重要作用,为健康贫富差距研究提供了很好的框架;但该理论也有值得注意的问题。首先,文化周期模型关注的是宽泛的社会劣势,因此理论是否可以完全适用于健康劣势研究值得探讨。其次,文化周期模型主要基于西方的独立表达文化,是否适用于强调关系依赖的东方文化仍未可知,未来的研究应该充分探讨文化和社会阶层对健康结果的交互影响。最后,文化周期模型首次提到了社会文化规范的作用,但目前关于不同社会阶层和国家的社会文化规范研究都相对有限,可以是未来研究的重要方向。

### 3 生命全程中的健康贫富差距:实证研究证据

研究证据显示,健康的贫富差距最早可以追溯到胎儿期,不仅在整个人生周期的不同阶段有不同的表现,更有可能影响到以后人生阶段的健康不公平,甚至会通过代际传递、基因复制、社会化等多个过程影响下一代的健康不公平。从毕生发展的视角看,健康的贫富差距在不同健康指标上存在差异:某些健康指标(如死亡率、生活质量、自评健康等)的贫富差距在整个人生周期会普遍存在,但另一些健康指标(如受伤导致的死亡)的贫富差距则主要出现于某些人生阶段(如幼儿期)(Chen, Matthews, & Boyce, 2002)。

#### 3.1 儿童期

儿童期健康的贫富差距最早体现在出生阶段低社会经济地位群体婴儿的高出生死亡率、低出生体重和早产等健康指标上(Aizer & Currie, 2014)。在出生之后,父母的社会经济地位指标(包括父母教育程度、父母受雇佣状态、住房条件和社区社会经济状况)与儿童期各种类型的受伤发生率、严重受伤的发生率、哮喘患病率、应激环

境下心血管系统的高度唤起、心理健康问题在儿童早期呈更明显的负相关。重要的是,即使控制了成年期的社会经济地位,儿童期的低社会经济地位指标仍可以有力预测成年期较高的所有原因死亡率、特殊原因死亡率、心血管疾病(如中风、冠心病)死亡率和心血管疾病、呼吸系统疾病(如上呼吸道感染)、癌症(如肺癌、肝癌、胃癌)、消化系统疾病(如糖尿病)、新陈代谢疾病和精神疾病(如抑郁症、精神分裂症)的患病率(Baeten, van Ourti, & van Doorslaer, 2013; McMunn, Nazroo, & Breeze, 2009)。

就儿童期健康贫富差距出现的原因,有研究提出了四大因素:母亲怀孕期健康不佳(如营养不良、传染病)、不良健康行为(如肥胖、吸烟、缺乏孕期护理)、不良的居住环境(如环境污染、生活压力)和妇科保健医疗服务欠缺(如缺乏避孕措施)(Aizer & Currie, 2014)。其他研究则从其他角度揭示了儿童期贫富差距的心理社会机制。从人际关系状况看,儿童期健康的贫富差距可以从父母的低支持、低回应性、低温暖、高矛盾、过度或缺乏管教、不一致的教养态度、父母不良的婚姻关系质量和婚姻状况等方面解释(Chen et al., 2002; Evans, 2004)。从居住环境看,健康的贫富差距则与拥挤吵闹、认知刺激(如图书、计算机设备、玩具)缺乏的家庭环境,娱乐、安全和健康设施不足的社区,教育质量有限、硬件设施欠缺、师生比偏低的学校环境等有关(Cohen, Janicki-Deverts, Chen, & Matthews, 2010; Evans, 2004)。从心理因素看,儿童期的健康贫富差距在一定程度上也与低社会经济地位青少年高敌意的解释风格、低乐观、低情绪调节能力、低社交能力有关(Chen et al., 2002; Cohen et al., 2010)。

#### 3.2 青少年期

目前关于青少年期健康贫富差距的研究则相对较少。研究显示,家庭的社会经济地位与青少年的自杀尝试、抑郁症和其他心理障碍的患病率、自评与父母评定的健康指标、活动限制、学业限制、受伤、呼吸道问题、吸烟、肥胖、严重酗酒、毒品(如大麻)使用、不健康饮食等健康结果和行为间均存在密切联系(Chen et al., 2002; Reiss, 2013)。就不同社会经济地位指标的独特效应而言,文献显示,父母的教育程度更能预测青少年自我报告的健康状况;父母的受雇佣状况和职业状况更能预测青少年的幸福感和心理健康;主观社会

经济地位能更好地预测心理障碍的患病率、心理健康指标、自评健康和健康症状;此外,青少年知觉到的经济限制也是各种健康结果的有力预测因素(Chen et al., 2002)。

有研究者比较了儿童期和青少年期的健康贫富差距现象,揭示了健康贫富差距的结果特异效应:父母社会经济地位与某些健康结果(如哮喘症)的关系则在两个年龄阶段持续存在;父母社会经济地位和健康风险行为(如吸烟、酗酒、不良饮食)的关系仅在青少年期存在;主观社会经济地位对青少年期心理健康指标有更明显的作用(Chen, Martin, & Matthews, 2006; Chen et al., 2002)。研究者指出,健康贫富差距在上述两个年龄阶段有不同的表现,主要可以归结为两类原因:第一,青少年更容易受到学校和同伴的影响,可能会改变家庭社会经济地位和健康之间的关系;第二,青少年期处于人生转折期,正在形成自己的社会地位,区分家庭和自我的社会经济地位,从而导致家庭社会经济地位和主观社会经济地位有不同的健康效应(McMunn et al., 2009)。

### 3.3 成年期

相对于儿童和青少年期的工作,成年期健康贫富差距的研究更为丰富。健康贫富差距最早发现于欧美研究者对成年人群的全国调查结果,即收入、职业地位、失业、贫困、低教育水平与死亡率或疾病患病率相关(Marmot, Shipley, & Rose, 1984)。最近的综述显示,成年期的社会经济地位(职业、教育、收入、社区经济状况)可以预测大量的健康结果,包括自我报告的健康、所有原因的死亡率、过早死亡、心血管疾病、牙科疾病、新陈代谢疾病、癌症等疾病的发生率和病程、慢性疲劳、高血压水平、功能限制、炎症、身体疼痛(Gallo, de los Monteros, & Shivpuri, 2009; Hostinar, Ross, Chen, & Miller, 2015)。此外,在控制了客观社会经济地位后,主观社会经济地位或主观社会阶层仍可以预测各种健康结果如主观健康、他评健康、抑郁、死亡率、皮质醇水平和感冒症状(Cundiff, Smith, Uchino, & Berg, 2013; Demakakos, Nazroo, Breeze, & Marmot, 2008)。

就成年期健康贫富差距出现的原因,研究者也进行了更深入的探讨。首先,成年期健康的贫富差距体现在客观生存条件的不公平上。低社会经济地位个体更可能生活在安全性和公共设施不

佳(如缺乏健康设施、远离生鲜超市、快餐店密集)、环境污染、医疗服务/保险的覆盖率和普及率低、药物和治疗条件落后的社区环境中(Chen & Miller, 2013)。低社会经济地位个体的家庭环境也更拥挤和缺乏认知刺激(如图书、娱乐设施)(Cohen et al., 2010)。在工作中,低社会经济地位(如工薪阶层)个体也更可能接触到有害健康的物质(如气体、灰尘、烟雾等),更可能从事高体力负荷(如久站)、活动不足(如久坐)、高危险性(如提重物)的工作(Clougherty et al., 2010)。

其次,健康的贫富差距还反映在心理环境的差异。证据表明,低社会经济地位个体生活的社区更可能出现暴力和犯罪事件、种族隔离、社区凝聚力更差、更缺乏社会秩序(Chen & Miller, 2013; Cohen et al., 2010; Johnson, Schoeni, & Rogowski, 2012)。低社会经济地位家庭更可能有不同形式的冲突(如日常冲突、家庭暴力、虐待)、不良的家庭习惯(如饮食、作息、运动习惯)和冷漠、缺乏关怀的家庭氛围,更容易出现婚姻变故(如离婚)和独居状况(Cohen et al., 2010; Gallo, Smith, & Cox, 2006)。低社会经济地位个体的工作会有更大的压力、更多的要求和更少的控制(Parker, Anzel, Nilsen, & Kåreholt, 2013)。

最后,健康的贫富差距是个体特征(如心理社会资源、健康习惯)的产物。研究发现,低社会经济地位的个体有更高的敌意、抑郁、焦虑等消极情绪,有更低的控制感、自我效能感、自尊和自我接纳,更难以获得社会支持和建立社交网络,更少有着坚定的宗教信仰(Ball & Crawford, 2005; Gallo et al., 2006)。低社会经济地位个体还有更多不良健康习惯(如酒精摄取、咖啡因摄取、吸烟、缺乏运动、不能按时入睡、不安全性交);更不容易获得更高级的护理和治疗,更少定期体检,更可能主动中断治疗,更不愿意利用医疗/保险服务(Hiscock, Bauld, Amos, Fidler, & Munafò, 2012; Pampel, Krueger, & Denney, 2010)。

### 3.4 老年期

老年期的健康贫富差距研究直到近年才逐步受到研究者的关注。与前述研究一致,研究显示,老年期的社会经济地位与各种疾病的发病率和死亡率、慢性肾脏疾病、呼吸系统疾病、肥胖、抑郁症和自杀关系密切(Ju et al., 2016)。值得一提的是,研究者关注了老年期健康贫富差距的效应大



小,但目前仍未达成共识。一些研究发现,社会经济地位和健康结果的关系在老年期关系更密切,即健康贫富差距随着年龄不断扩大,支持了累积优势/劣势假设(Prus, 2007; Zajacova, Goldman, & Rodríguez, 2009)。另一些研究则发现,健康的贫富差距在老年期保持稳定或者逐渐缩小(Bergqvist, Yngwe, & Lundberg, 2013; House et al., 2005)。例如,就功能损伤而言,健康贫富差距在整个老年期非常稳定;就心脏类疾病,健康贫富差距在老年期则会缩小(McMunn et al., 2009)。

对于老年期逐渐缩小的健康贫富差距,研究者提出了若干解释。很多研究者常将之归因为“选择性生存”(selective survival)或者“选择性死亡”(selective mortality)效应,即积累的劣势会导致弱势群体中的高风险个体会过早死亡(Baeten et al., 2013)。晚年期的健康贫富差距是弱势群体者的幸存者和优势群体的差异,故而最劣势人群的流失是健康不公平缩小的原因。其他研究者认为,老年期健康贫富差距的缩小主要是因为老年期生理功能和社会经济地位(如收入)的普遍下降会削弱社会经济地位对健康的影响(Quesnel-Vallée, Willson, & Reiter-Campeau, 2015)。这就是说,老年期所有社会经济地位的个体都面临着无法回避的生理衰老和健康问题,减少了健康的个体差异,掩蔽了社会经济地位的健康效应。此外,政府的老年人社会保障制度也是老年期贫富差距缩小的重要原因(Corna, 2013; Zarulli, 2016)。研究发现,国家层面更平等的津贴福利、财政支持、养老政策和医疗保健系统有效减少了老年期健康的贫富差距(Quesnel-Vallée et al., 2015)。国家在社会福利和全民健康上更高的财政支出正向预测了全民健康水平的提升和健康差距的缩小(Bergqvist et al., 2013)。

#### 4 未来研究方向

简而言之,健康的贫富差距是每个人自出生到死亡的整个人生历程中都不得不面对的现实,也是关乎国计民生的重要社会问题;不仅会影响国民的整体健康素质,更涉及基本生存权利的平等问题,值得每个人和每个国家的重视。毕生发展视角的理论和研究为我们理解健康贫富差距的发生、发展乃至跨代传递提供了非常有用的信息,对各级社会组织在整个国家/地区乃至全球范围内减少和消除健康的贫富差距,促进社会公平极

具意义。未来研究者和实践者可以考虑从以下方面开展进一步的工作。

##### 4.1 早年与成年期社会经济地位对健康的交互影响

尽管毕生发展理论和研究描述和解释早年和成年期社会经济地位对健康的独立影响,仍少有研究关注二者的交互作用及其背后的社会心理机制。当前,中国一方面仍处于现代化和城市化进程中,仍会有大批来自贫困或落后地区(如农村、城镇)的青年人会以接受高等教育或外出打工等形式在城市(如一线城市)获得更高的社会经济地位;另一方面,早年家庭背景,尤其是家庭经济地位的累积效应(如“官二代”、“富二代”现象)也日趋明显(郭永玉, 杨沈龙, 李静, 胡小勇, 2015)。处于固化过程中的阶层流动及其身心健康效应,尤其值得毕生发展研究者的关注。

根据社会阶层的文化周期模型,游走于不同的社会阶层对个体的身心健康可能有双重的效应。积极地看,不同的社会阶层生活经验可以为个体提供新的思维模式、应对策略和生活方式,能够拥有更多样化的心理资源(如儿时贫困生活带来的坚毅、高等教育带来的长远眼光),表现出更好的心理社会功能。有证据显示,同时保持了中产阶级和工薪阶层生活方式的个体心理幸福感最高,更可能在各种情景中有出色的表现(LaFromboise, Coleman, & Gerton, 1993)。消极地看,早期生活环境(如原生家庭)和当前生活环境(如学校、单位)对个体通常有矛盾的、不一致的要求,个体不仅要付出大量额外的努力来应对要求的冲突和学习新的生活要求,更可能经历社会排斥、歧视、拒绝、压力等消极经验,可能会对身心健康产生消极的影响(Stephens et al., 2014)。低社会经济地位个体在向上流动的过程中可能不得不付出巨大的健康代价。因此,未来的毕生发展研究可以借鉴文化心理学和社会心理学领域的相关理论,使用纵向追踪或者自然观察、实验室实验等多样化的方法,进一步深入揭示早年和当前社会经济地位对健康的交互影响、个体差异和结果特异效应。

##### 4.2 区分稳定和暂时社会经济地位

如前所述,社会经济地位是一组特殊的变量集合,一些社会经济地位指标(如客观社会经济地位)是相对稳定的个人特征,另一些社会经济地位指标(如社区社会经济地位)则是相对容易变化的

情境特征。研究者指出,未来工作应该充分关注稳定的社会经济地位和暂时的情境性社会经济地位指标对健康的交互影响(Adler & Stewart, 2010)。有研究发现,个体稳定的社会经济地位与死亡率的关系会受到社区经济地位特征的调节:低社会经济地位个体生活在高社会经济地位社区死亡率最高,生活在低社会经济地位社区死亡率最低(Winkleby, Cubbin, & Ahn, 2006)。干预研究也表明,当政府为低社会经济地位家庭提供机会搬离贫困社区,这些家庭的收入状况、受雇佣状况和健康状况并没有本质的提高,男性还会出现更多的行为问题(如抽烟、犯罪行为)(Orr et al., 2003)。这些例子表明,社会经济地位对健康的影响不仅仅涉及与心理资源有关的个体过程(如压力与应对),更涉及诸多人际过程(如社会比较、人际影响、个人-环境匹配的问题)。未来研究应同时考虑健康贫富差距背后的个人过程(如压力和应对过程)和人际过程(如社会比较)及二者间复杂的交互作用。

具体地说,未来的研究工作至少可以从如下两个角度开展。一方面,研究可以充分利用当代中国的社会文化背景,区分个体性和情境性社会经济地位指标的健康效应。在中国社会,深受“学而优则仕”的文化传统和物质主义的当代价值观影响,所有个体都在主动追求更高的社会经济地位和更好的社会经济环境(如名校、名企)(威海峰,费鸿萍, 2008)。在此背景下探讨不同社会经济地位(个人性社会经济地位)的个体在不同社会经济环境(情境性社会经济地位)对健康结果(如学习工作成就、身心健康)的影响,有相当的理论和现实意义。另一方面,研究者可以借鉴社会阶层心理学的实验研究范式或者短期干预来考察稳定的社会经济地位特征和情境性的社会经济地位特征对健康的影响。例如,一项实验研究发现,对个体资源的暂时剥夺会导致个体表现出低社会经济地位个体的行为模式(如过度借钱)(Shah, Mullainathan, & Shafir, 2012)。对南非贫困妇女的一项干预结合了小额信贷和心理教育,随机分组实验的结果发现,在干预后2年中,干预组被试经历的家庭暴力(低社会经济地位家庭的常见问题)比控制组减少了55%(World Health Organization, 2010)。

#### 4.3 毕生发展视角下的心理干预工作

毕生发展的贫富差距研究对未来的心理干预

实践也有诸多启示。首先,由于社会经济地位对健康有长期、深远的影响,从生命早期开始着手降低贫富差距的实践工作应该引起社会的充分重视。美国的一项随机分组实验发现,对低收入家庭为期2年的产期护士家访计划能够有效减少父母对孩子的虐待和忽略,降低儿童的伤亡率和有害物质使用率,对儿童的情绪和语言发展有明显的促进作用;更重要的是,该计划减少了儿童在15年后的人狱率、犯罪率、药物滥用和性滥交行为,为社会节约的成本(如教育花费、社会福利、司法成本)是项目投入的4倍(Olds, 2006)。因此,关注弱势家庭和儿童,及早预防健康风险,是心理学实践工作极有前景和经济效益的方向。

其次,心理干预应该对干预人群和当地社会背景保持充分的敏感性。虽然很多研究者对实践工作充满热情,但是研究者开展实践经常困难重重,与实践工作者常有分歧。研究者关注研究设计的严谨性,经常只关注相对狭窄的研究主题,对当地社会背景和干预人群特点缺乏敏感性和充分的把握;实践者对于干预人群有更准确的知觉,但可能因为缺乏科学思维和研究训练在实施干预过程中降低甚至无法认同研究者的科学标准(Tol et al., 2014)。因此,研究者应充分兼顾干预的科学性和当地社会背景或干预人群的接受度,实现心理干预理论意义和实践价值的最大化。

最后,关于健康贫富差距的干预实践,心理学研究者可以通过与其他健康卫生领域的人员合作,最大程度上推进实践工作的发展进程。心理干预效果的研究综述显示,心理干预只是关注提升个人素质(如提升决策能力)或者改善环境(如搬离贫困社区计划),对改善健康不公平的效果都非常有限(Stephens et al., 2012)。而其他领域的健康工作者如公共卫生研究者、健康组织(如世界卫生组织)的工作人员在全球各地区(包括发展中国家,比如中国)开展健康不公平干预工作已经积累了充分的经验和教训(Patel, Minas, Cohen, & Prince, 2014)。在未来工作中,心理学研究者和实践工作者应该运用多学科、多角度的思路模式,充分借鉴其他领域开展实践工作的经验教训,为有效解决社会不公平问题做出独有的贡献。

#### 参考文献

郭永玉, 杨沈龙, 李静, 胡小勇. (2015). 社会阶层心理学



- 视角下的公平研究. *心理科学进展*, 23(8), 1299–1311.
- 威海峰, 费鸿萍. (2008). 物质主义对当代中国人心理影响的分析. *山西财经大学学报*, 30(3), 5–11.
- Adler, N. E. (2009). Health disparities through a psychological lens. *American Psychologist*, 64, 663–673.
- Adler, N. E., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 5–23.
- Aizer, A., & Currie, J. (2014). The intergenerational transmission of inequality: Maternal disadvantage and health at birth. *Science*, 344, 856–861.
- Alwin, D. F., & Wray, L. A. (2005). A life-span developmental perspective on social status and health. *The Journals of Gerontology, Series B*, 60, S7–S14.
- Baeten, S., van Ourti, T., & van Doorslaer, E. (2013). The socioeconomic health gradient across the life cycle: What role for selective mortality and institutionalization? *Social Science & Medicine*, 97, 66–74.
- Ball, K., & Crawford, D. (2005). Socioeconomic status and weight change in adults: A review. *Social Science & Medicine*, 60, 1987–2010.
- Becker, G. S. (1996). *The economic way of looking at behavior: The Nobel lecture*. Palo Alto, CA: Hoover Institution.
- Bergqvist, K., Yngwe, M. Å., & Lundberg, O. (2013). Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities-an analytical review. *BMC Public Health*, 13, 1234.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167–194.
- Braveman, P., & Barclay, C. (2009). Health disparities beginning in childhood: A life-course perspective. *Pediatrics*, 124, S163–S175.
- Chen, E., Martin, A. D., & Matthews, K. A. (2006). Understanding health disparities: The role of race and socioeconomic status in children's health. *American Journal of Public Health*, 96, 702–708.
- Chen, E., Matthews, K. A., & Boyce, W. T. (2002). Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*, 128, 295–329.
- Chen, E., & Miller, G. E. (2013). Socioeconomic status and health: Mediating and moderating factors. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 723–749.
- Clougherty, J. E., Souza, K., & Cullen, M. R. (2010). Work and its role in shaping the social gradient in health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 102–124.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Chen, E., & Matthews, K. A. (2010). Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 37–55.
- Corna, L. M. (2013). A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks. *Advances in Life Course Research*, 18, 150–159.
- Cundiff, J. M., Smith, T. W., Uchino, B. N., & Berg, C. A. (2013). Subjective social status: Construct validity and associations with psychosocial vulnerability and self-rated health. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20, 148–158.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67, 330–340.
- Dow, W. H., & Rehkopf, D. H. (2010). Socioeconomic gradients in health in international and historical context. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 24–36.
- Eiser, J. R. (1996). Accentuation revisited. In P. Robinson (Ed.), *Social groups and identities: Developing the legacy of Henry Tajfel* (pp. 121–142). Oxford, England: Butterworth-Heinemann.
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59, 77–92.
- Ferraro, K., & Shippee, T. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49, 333–343.
- Gallo, L. C., de los Monteros, K. E., & Shivpuri, S. (2009). Socioeconomic status and health: What is the role of reserve capacity? *Current Directions in Psychological Science*, 18, 269–274.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10–51.
- Gallo, L. C., Smith, T. W., & Cox, C. M. (2006). Socioeconomic status, psychosocial processes, and perceived health: An interpersonal perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 109–119.
- Grossman, I., & Huynh, A. C. (2013). Where is the culture in social class? *Psychological Inquiry*, 24, 112–119.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 107–123.
- Hostinar, C. E., Ross, K. M., Chen, E., & Miller, G. E. (2015). Modeling the association between lifecourse socioeconomic disadvantage and systemic inflammation in healthy adults: The role of self-control. *Health Psychology*, 34, 580–590.
- House, J. S., Lantz, P. M., & Herd, P. (2005). Continuity and change in the social stratification of aging and health over

- the life course: Evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study). *The Journals of Gerontology: Series B*, 60, S15–S26.
- Johnson, R. C., Schoeni, R. F., & Rogowski, J. A. (2012). Health disparities in mid-to-late life: The role of earlier life family and neighborhood socioeconomic conditions. *Social Science & Medicine*, 74, 625–636.
- Ju, Y. J., Park, E. C., Han, K. T., Choi, J. W., Kim, J. L., Cho, K. H., & Park, S. (2016). Low socioeconomic status and suicidal ideation among elderly individuals. *International Psychogeriatrics*, 28, 2055–2066.
- Kraus, M. W., & Keltner, D. (2009). Signs of socioeconomic status. *Psychological Science*, 20, 99–106.
- LaFromboise, T., Coleman, H. L. K., & Gerton, J. (1993). Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114, 395–412.
- Lareau, A. (2011). *Unequal childhoods: Class, race, and family life* (2nd ed.). Berkeley, CA: University of California Press.
- Lareau, A., & Calarco, J. M. (2012). Class, cultural capital, and institutions: The case of families and schools. In S. T. Fiske & H. R. Markus (Eds.), *Facing social class: How societal rank influences interaction* (pp. 61–86). New York: Russell Sage Foundation.
- MacLeod, J. (2009). *Ain't no Makin' it: Aspirations and attainment in a low-income neighborhood* (3rd ed.). Boulder, Colo: Westview.
- Marmot, M. G., Shipley, M. J., & Rose, G. (1984). Inequalities in death-specific explanations of a general pattern? *The Lancet*, 323, 1003–1006.
- Matthews, K. A., & Gallo, L. C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62, 501–530.
- McMunn, A., Nazroo, J., & Breeze, E. (2009). Inequalities in health at older ages: A longitudinal investigation of the onset of illness and survival effects in England. *Age & Ageing*, 38, 181–187.
- Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27, 5–25.
- Orr, L. L., Feins, J. D., Jacob, R., Beecroft, E., Sanbonmatus, L., Katz, L. F., ... Kling, J. R. (2003). *Moving to opportunity: Interim impacts evaluation*. Washington, DC: U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349–370.
- Parker, V., Andel, R., Nilsen, C., & Kåreholt, I. (2013). The association between mid-life socioeconomic position and health after retirement—exploring the role of working conditions. *Journal of Aging and Health*, 25, 863–881.
- Patel, V., Minas, H., Cohen, A., & Prince, M. J. (2014). *Global mental health: Principles and practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Prus, S. G. (2007). Age, SES, and health: A population level analysis of health inequalities over the lifecourse. *Sociology of Health and Illness*, 29, 275–296.
- Quesnel-Vallée, A., Willson, A., & Reiter-Campeau, S. (2015). *Health inequalities among older adults in developed countries: Reconciling theories and policy approaches* (8th ed.). London, UK: Academic Press.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24–31.
- Reskin, B. F. (2003). Including mechanisms in our models of ascriptive inequality: 2002 presidential address. *American Sociological Review*, 68, 1–21.
- Rivera, L. A. (2012). Hiring as cultural matching: The case of elite professional service firms. *American Sociological Review*, 77, 999–1022.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2010). Why education is the key to socioeconomic differentials in health. In C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, & S. Timmermans (Eds.), *Handbook of medical sociology* (6th ed.). Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Sepúlveda, J., & Murray, C. (2014). The state of global health in 2014. *Science*, 345, 1275–1279.
- Shah, A. K., Mullainathan, S., & Shafir, E. (2012). Some consequences of having too little. *Science*, 338, 682–685.
- Stephens, N. M., Markus, H. R., & Fryberg, S. A. (2012). Social class disparities in health and education: Reducing inequality by applying a sociocultural self model of behavior. *Psychological Review*, 119, 723–744.
- Stephens, N. M., Markus, H. R., & Phillips, L. T. (2014). Social class culture cycles: How three gateway contexts shape selves and fuel inequality. *Annual Review of Psychology*, 65, 611–634.
- Tol, W. A., Baston, P., Jordans, M., Minas, H., Souza, R., Weissbecker, I., & van Ommeren, M. (2014). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings. In V. Patel, H. Minas, A. Cohen & M. J. Prince (Eds.), *Global mental health: Principles and practice* (pp. 384–400). New York, NY: Oxford University Press.
- Willson, A. E., Shuey, K. M., & Elder, G. H., Jr. (2007). Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health. *American Journal of Sociology*, 112, 1886–1924.
- Winkleby, M. C., Cubbin, C., & Ahn, D. (2006). Effect of

- cross-level interaction between individual and neighborhood socioeconomic status on adult mortality rates. *American Journal of Public Health*, 96, 2145–2153.
- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- Zajacova, A., Goldman, N., & Rodríguez, G. (2009). Unobserved heterogeneity can confound the effect of education on mortality. *Mathematical Population Studies*, 16, 153–173.
- Zarulli, V. (2016). Unobserved heterogeneity of frailty in the analysis of socioeconomic differences in health and mortality. *European Journal of Population*, 32, 55–72.

## Understanding socioeconomic disparities in health from life-span perspective

YOU Jin<sup>1</sup>; AN Lei<sup>2</sup>; SHEN Haikun<sup>1</sup>; ZHU Ying<sup>1</sup>; LI Caina<sup>3</sup>

(<sup>1</sup> Department of Psychology, Wuhan University, Wuhan 430072, China)

(<sup>2</sup> School of Education, Henan Normal University, Xinxiang 453002, China)

(<sup>3</sup> School of Psychology, Shaanxi Normal University, Xi'an 710062, China)

**Abstract:** Socioeconomic disparities in health are the realities individuals have to deal with throughout the life span, and are issues all the nations need to face worldwide. Theories and empirical work have attempted to understand socioeconomic disparities in health from life-span perspective. In studies from life-span perspective, socioeconomic disparities in health have its unique definitions and assessment tools. Key theories include cumulative (dis) advantage hypothesis, cumulative inequality model, and cultural cycle model of social classes. Researchers have examined socioeconomic disparities in health in childhood, adolescence, early adulthood, and old age. Future directions of research from life-span perspective should focus on the interaction between socioeconomic status in childhood and adulthood, the distinction of long-term and temporary socioeconomic status, and the potential of psychosocial interventions for health equality across disciplines. Research on socioeconomic disparities in health from life-span perspective may deepen the understanding for the developmental roots of socioeconomic disparities in health and should serve as an important theoretical basis for promoting health and implementing clinical practical work on health equality.

**Key words:** socioeconomic disparities in health; socioeconomic status; health; life-span perspective